Edm. Klose

Diss. Breslau

1909

Aus der Königl. Univ. Frauenklinik zu Breslau
Direktor: Prof. O. Küstner

Verspricht die mit scheidenverengenden Operationen kombinierte Totalexstirpation bei Uterusprolaps günstigere Dauerresultate als andere operative Verfahren?

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE IN DER MEDIZIN UND CHIRURGIE

EINER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

UNIVERSITÄT BRESLAU

ACAD. LUGDBAT. BIBL.

vorgelegt von

Edmund Klose,
Medizinalpraktikant am Krankenhause der Elisabethinerinnen,
Breslau V.

Berlin
Verlag von R. Trenkel
1909.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Referent: Prof. Dr. Küstner.

Bonhoeffer, Prodekan.

Dem Andenken meiner treusorgenden
Eltern in Dankbarkeit gewidmet.

Eines der verbreitetsten Frauenleiden ist die Lageveränderung von Uterus und Scheide. Ist nur ein leichter Grad von Herabsinken dieser Organe vorhanden, so sprechen wir von einem Deszensus. Tritt jedoch der ganze Uterus oder ein Teil desselben vor die Vulva, so bezeichnen wir diesen Zustand als totalen oder partiellen Uterusvorfall. Daß damit auch ein völliges oder teilweises Draußenliegen der Scheide verknüpft ist, ist leicht verständlich. Richtiger wäre es nun, diesen Zustand der Vagina nicht auch als Prolaps zu bezeichnen, wie es leider Sprachgebrauch ist, sondern von Uterusprolaps mit Scheideninversion zu reden. Jedenfalls soll in dieser Arbeit nur von dem schwersten Grade des Uterusvorfalles und den hierbei operativ erzielten therapeutischen Erfolgen die Rede sein.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, über die Ätiologie des Uterusprolapses mich zu verbreiten, zumal die Autoren auf diesem Gebiete durchaus noch nicht einer Meinung sind. Nur möchte ich hervorheben, daß die Schultzesche Lehre die mechanisch wohlbegründetste und darum wenigstens für die Mehrzahl der Fälle die einzig in Betracht kommende ist. Dieser Autor hat gezeigt, daß der Prolaps fast ausnahmslos ein Folgezustand der Lageanomalie der Gebärmutter ist. „Denn es ist der Uterus, der die Vagina an normaler Stelle erhält, und erst eine Senkung desselben wird eine bedeutende Senkung der Scheide zur Folge haben.“ Einer der eifrigsten Verfechter dieser grundlegenden Anschauungen ist Küstner, und Christiani hat sehr recht, wenn er sagt: „Es ist Schultzes Verdienst, zuerst diesen Zusammenhang festgestellt, Küstners, immer wieder darauf hingewiesen zu haben, daß die Rückwärtslagerung das

erste Stadium des Prolapses bildet.“ Für die Richtigkeit dieser Anschauungen sprechen auch die schlechten Resultate der nur auf scheidenverengenden Operationen beruhenden Heilungsmethoden. Denn hierbei wirkt, wie Kleinwächter hervorhebt, der oberhalb der verengten Stelle befindliche Uterus in abnormer Lage wie ein Keil auf die Verengerung ein, der dieselbe auseinanderzutreiben sucht.

Jedenfalls ist wohl jetzt fast allgemein anerkannt, wie auch Küstner mit Genugtuung auf dem Gynäkologenkongreß in Würzburg als Resümee der Verhandlungen feststellen konnte, daß bei der Behandlung des Uterusprolapses weder Vagina, noch Uterus allein Angriffspunkte für ein operatives Einschreiten sein dürfen, sondern beide zusammen. Und daß bei diesem schweren Leiden eine rationelle Therapie zur Methode werden muß, ist unstreitig. Denn die Beschwerden, welche solch große pathologische Lageveränderungen hervorbringen, sind bedeutend, in einigen Fällen sogar gefahrdrohend. Ganz abgesehen von den ständigen Klagen über Rückenschmerzen und nervöse Beschwerden verschiedenster Art, sind bei den schweren Fällen von Uterusprolaps, um die es sich hier handelt, Dekubitalgeschwüre an der Tagesordnung, ferner durch Stauung im Venensystem hervorgerufene stärkere Schleimsekretion und profuse Blutungen, sowie Störungen von seiten der Blase, die bei ständiger Harnstauung und folgender Bakteriurie der Ausgangsort lebenbedrohender Komplikationen werden kann.

All diese Erscheinungen und Komplikationen fordern, wie gesagt, zu einer rationellen Therapie auf, und es ist von jeher darauf Wert gelegt worden, die Heilungsmethoden zu vervollkommnen. Es ist unmöglich, an dieser Stelle auf alle Arten der Prolapsbehandlung, die im Laufe der Zeiten angegeben worden sind, genauer einzugehen. Die beiden konservativen Methoden, Massage und Pessarbehandlung, werden wohl stets bei geringen Lageabweichungen zu Recht bestehen, verlieren aber bei den schweren Fällen von Prolaps an Wert. Und erst in neuester Zeit wieder hat Franz Cohn in einem Aufsatze über die Einschränkung der Pessartherapie hervorgehoben, daß bei großen Prolapsen, abgesehen von den häufigen Schädigungen

der Weichteile durch die Pessare, diese auch oft gar nicht ihren Zweck erfüllen und daher, wenn sie nicht wegen Mangel an genügendem Halt- und Stützpunkt von selbst herausfallen, von den Trägern alsbald als lästige Fremdkörper entfernt werden. Und noch eins! Wir müssen einen Unterschied machen in der Behandlung des Prolapses bei den Frauen der körperlich nicht arbeitenden und denen der arbeitenden Klasse. Während bei ersteren eine Pessarbehandlung mit langdauernder Liegekur, ständiger Schonung für Lebenszeit und häufiger ärztlicher Kontrolle auch die Befriedigung der Patientin zur Folge haben kann, ist das bei körperlich schwer arbeitenden Frauen nicht in dem gleichen Maße der Fall. Denn nur deshalb begeben sie sich in ärztliche Behandlung, um möglichst schnell von ihrem ihre Arbeitsfähigkeit störenden Leiden befreit zu werden und so alsbald wieder die Möglichkeit voller Erwerbsfähigkeit zurückzuerlangen. Hier muß also eine Therapie eingeleitet werden, die schnell und gut eine dauernde Heilung schafft. Diesen drei Forderungen zugleich vermag nur die operative Therapie gerecht zu werden.

Der Gedanke einer solchen Behandlung reifte zuerst in Frankreich, wo Alquié die Verkürzung der Ligamenta rotunda als Therapie gegen Prolaps empfahl. Seitdem sind die verschiedensten Methoden empfohlen und verlassen worden, ein Zeichen, daß die Akten über dieses wichtige Thema noch lange nicht geschlossen sind. In den Vordergrund treten jetzt für die Prolapsbehandlung folgende Operationen: Ventrifixur, Vaginifixur, Alexander-Adams, Operationen an den verschiedenen anderen Ligamenten, Operationen an der Blase, dann solche, die den Uterus als Stütze des Beckenabflußapparates verwenden, die ihn ferner nach dem Knopflochmechanismus in den Inguinalkanal fixieren und schließlich die Totalexstirpation. Alle sind darin übereinstimmend, daß Scheide und Gebärmutter zugleich operativ in Angriff genommen werden. Denn nur so kann, wie eingangs bereits hervorgehoben wurde, eine Dauerheilung erwartet werden.

Die Totalexstirpation, der man in neuerer Zeit wieder, und zwar bei schweren Prolapsen, seine Aufmerksamkeit zu-

gewendet hat, war bereits vor 150 Jahren Gegenstand der Erwägung. Es berichtet nämlich Quénu, daß Oakley in Birmingham im Jahre 1757 vorgeschlagen habe, den prolabierten Uterus zu exstirpieren. Über hundert Jahre nun mußten ins Land gehen, ehe dieser Vorschlag durch Choppin in die Tat umgesetzt wurde, der im Jahre 1867 die Totalexstirpation zum ersten Male ausführte, und zwar mit günstigem Erfolge, was aus dem Endsatze der Operationsgeschichte erhellt: „The patient was presented in my clinical lecture with her womb in her hand, thus demonstrating that the uterus could be removed without causing death."

Im Laufe der folgenden Jahre ist diese Operation nur recht vereinzelt gemacht worden. Während sie von einem Teil der deutschen Autoren vollständig als Therapie bei Uterusvorfall verworfen wurde, sind andere wieder bedingte oder unbedingte Anhänger dieses Verfahrens. Zu letzteren gehören Schröder-Hofmeier, die als radikalste Operation die Exstirpation des gesamten Uterus bezeichnen, deren Prognose bei der vervollkommneten Technik der totalen Uterusexstirpation per vaginam gerade beim vorgefallenen Organ durchaus günstig sei. Allerdings solle sie nur bei älteren Frauen mit totalem Vorfall des vergrößerten Uterus und unter Hinzufügen von plastischen Operationen an der Scheide und dem Damm ausgeführt werden. Der Begriff „ältere Frau" ist leider ein recht unbestimmter, aber man wird wohl nicht fehlgehen, wenn man darunter Frauen kurz vor der Klimax oder in derselben versteht. Küstner meint inbezug hierauf, daß der Verlust des Uteruskörpers jedenfalls von den Frauen in oder nahe dem klimakterischen Alter als Einsatz gegen eine gründliche Heilung leicht verschmerzt werden würde, ganz abgesehen davon, daß in den Kreisen, um die es sich fast stets handelt, in den Arbeiterkreisen, zumeist bereits ein großer Kindersegen zu beobachten ist, der auf das Vorhandensein des Gebärorgans gewiß mit Freuden verzichten läßt. Fritsch sagt nun seinerseits betreffs der Indikationsstellung folgendes: „Ist trotz wiederholter plastischer Operationen der Uterus immer wieder vorgefallen, ist die Hypertrophie des Vorfalls so stark, daß er nicht reponiert werden kann, kurz führen andere Operationen nicht zum Ziel, so bleibt

als ultimum refugium die Exstirpation der Scheide und des Uterus übrig. Dieselbe wird auch sofort gemacht, wenn der totale Prolaps seit vielen Jahren besteht, kolossal gewulstet und dick ist, wenn große Geschwürsflächen die Plastik unmöglich machen und die Patientinnen über die Jahre der Konzeption hinaus sind.“ Hierzu meint Stelzner, daß der mehrfache Versuch, durch plastische Operationen zu helfen, ganz gewiß eine Härte gegen die Patientinnen enthält. Andererseits ist meines Erachtens die Exstirpation des Uterus und auch der Scheide ein zu radikales Vorgehen. Denn wenn auch, wie gesagt, die Unmöglichkeit der Konzeption zu verschmerzen ist, so ist es doch unrecht, den Operierten auch die Kohabitationsmöglichkeit zu entziehen. Denn gerade die Klagen über diese Unmöglichkeit treiben oft neben den anderen Beschwerden die an Vorfall leidenden Frauen zum Arzt. Haben sie doch zumeist diesem unleidlichen Zustand ehelichen Zwist und unseliges Familienleben folgen sehen! Einer der entschiedensten Gegner endlich der Totalexstirpation bei Gebärmuttervorfall ist von Herff. Und zwar verhält er sich deshalb so ablehnend ihr gegenüber, weil nach seiner Ansicht die Lebensgefahr eine unverhältnismäßig große ist.

In neuerer Zeit ist E. Bumm für die vaginale Totalexstirpation bei Uterusprolaps wieder eifrig eingetreten und hat sie selbst häufig angewandt, jedoch ohne Wegnahme der Scheide, sondern nur in Verbindung mit scheidenverengenden Methoden. Er behauptet, daß ein besonderer Vorzug der vaginalen Totalexstirpation der sei, daß sich die Operierten auch subjektiv wohlbefinden, wieder das Gefühl des richtigen Beckenschlusses und der alten Kraft im Leibe haben. Da die Kohabitationsfähigkeit voll erhalten bleibe, hätten die Frauen nach der Operation auch gar nicht das Gefühl der Verstümmelung. Als Vorbedingung zur Heilung stellt Bumm folgende Forderungen auf: Vor der Ausführung der Operation müsse

1. auch jede Spur eines eitrigen Blasenkatarrhs beseitigt und die Gesundheit der Nieren festgestellt,

2. müssen die Geschwüre der Portio und der Scheide zur Reinigung gebracht sein.

Er empfiehlt die Totalexstirpation des Uterus kombiniert mit Kolpoperineorrhaphie bei älteren Frauen, die schon im Klimakterium sind oder sich demselben nähern, unter folgenden Umständen:

1. bei sehr großen Prolapsen mit Enterocele, Ausweitung des Douglas und Erschlaffung des Peritoneums;

2. bei starker Hypertrophie der Cervix, chronischem Katarrh des Uterus, tiefgreifenden Erosionen usw.;

3. bei Prolapsen, die mit Myomen, Adnexerkrankungen, Ovarialtumoren u. dgl. kompliziert sind;

4. bei Neigung zu Blasenkatarrh und mangelhafter resp. gestörter Urinentleerung (Residualharn);

5. bei rezidivierenden Prolapsen des Uterus, die trotz guten Scheidenschlusses und vorausgegangener Fixation des Uterus auftreten.

Nach diesen Prinzipien nun wurde in neuerer Zeit von verschiedenen Autoren verfahren, und es schien in dem radikalen Vorgehen den altbewährten Methoden ein neuer Konkurrent zu erstehen. Küstner äußerte sich über die vaginale Totalexstirpation auf dem Würzburger Gynäkologenkongreß: „Immerhin möchte ich betonen, daß ich einem so schweren Leiden gegenüber, wie der Prolaps des Uterus darstellt, wenn andere Verfahren nicht, wohl aber die Totalexstirpation zum Ziele führen sollte, diese Operation für durchaus berechtigt halte.“ Es konnten also nur die Zukunft, bzw. selbst angestellte Nachforschungen über die Resultate selbst ausgeführter Totalexstirpationen mit scheidenverengenden Eingriffen darüber klares Licht bringen, ob in der Tat die neu aufgenommene Methode Besseres als die bisher geübten zu leisten vermag.

Zu diesem Zweck wurde bei 28 geeigneten Krankheitsfällen die vaginale Totalexstirpation mit Kolporrhaphie resp. Kolpoperineorrhaphie ausgeführt, um in späteren Jahren Nachforschungen über die erzielten Dauerresultate anzustellen. Ich erlaube mir nun noch, auch an dieser Stelle Herrn Geheimrat Küstner für die Anregung zu dieser Arbeit und die liebenswürdige Überlassung des Materials meinen Dank auszusprechen, ebenso wie für die freundliche Unterstützung des Herrn Ober-

arztes Dr. Hannes bei den Nachforschungen nach den Dauererfolgen. Was nun die Operation selbst anlangt, so wurde sie nur bei ganz großen Prolapsen ungefähr nach den von Bumm aufgestellten Indikationen ausgeführt. In kurzen Zügen sei der Gang der Operation skizziert. Nach üblicher Desinfektion wird mit ovalärer Umschneidung der vorderen Scheidenwand begonnen, welche die Portio mit umgreift. Nach Ablösung des Scheidenlappens bis zur Portio wird die Blase zurückgeschoben und der vordere Douglas eröffnet. Dann zieht man den Fundus Uteri hervor, unterbindet die breiten Mutterbänder nach und nach und trennt nach jeder Ligatur das entsprechende Stück mit der Schere ab. Nach zwei bis drei Unterbindungen jederseits hängt der Uterus im wesentlichen nur noch an den Tuben und den Ligamenta ovariorum; diese werden zuletzt unterbunden und der Uterus median davon abgesetzt. Ein Schnitt in horizontaler Richtung trennt ihn von der Serosa im hinteren Douglas. Die Tubenstümpfe werden in die seitlichen Ecken der peritonealen Queröffnung vernäht, so daß sie extraperitoneal zu liegen kommen und später noch bei der Scheidennaht mit gefaßt werden können, was dem resistierenden Scheidenblindsack einen guten Halt bietet, worauf zuerst Asch in seiner 1889 erschienenen Arbeit aufmerksam gemacht hat. Auch Schauta hat später in gleicher Weise hierauf Gewicht gelegt. Hatte man früher nicht gewagt, wegen möglicherweise nach innen erfolgender Sekretion, die Bauchhöhle zu vernähen, so hat doch Kaltenbach mit seiner zum ersten Male ausgeführten Peritonealnaht nebst Verschluß der Scheidenwunde gezeigt, daß einem sofortigen Verschluß dieser Partien durchaus keine Bedenken entgegenstehen. Während die Scheidenwunde an der vorderen Vaginalwand im Sinne einer Colporrhaphia anterior versorgt wird, bildet eine ausgiebige Colpoperineorrhaphia nach einer der bekannten Methoden den Abschluß der Operation. Dem operativen Eingriff geht, wie dies schon seit Jahren Gepflogenheit an der Breslauer Frauenklinik ist, eine Liegebehandlung voraus. Der Uterus wird reponiert, und die Kranke hütet einige Tage das Bett, bis die Cervix einigermaßen grazil geworden ist und die vorhandenen Dekubitalgeschwüre abgeheilt sind.

Was nun das Alter unserer mit Totalexstirpation behandelten Patientinnen betrifft, so waren

35—40	Jahre	alt,	4	Patientinnen
41—45	„	„	7	„
46—50	„	„	10	„
51—55	„	„	2	„
56—60	„	„	2	„
über 60	„	„	3	„

Ich bin nun in der glücklichen Lage, über das Resultat bei sämtlichen 28 Operierten berichten zu können, indem 18 zur Untersuchung in die Kgl. Frauenklinik kamen, während eine sich von ihrem Hausarzte untersuchen ließ und den Bericht uns einsandte. Mithin sind im ganzen 19 Frauen ärztlich nachuntersucht, das sind 69% Die übrigen 9 gaben mir schriftlichen Bescheid, indem sie den an sie gerichteten Fragebogen ausgefüllt zurückschickten. Dieser war so gehalten, daß nur die Antwort „Ja" oder „Nein" zu erfolgen brauchte. Ich lasse hiermit das Schema des Fragebogens folgen:

1. Fühlen Sie sich ganz gesund?
2. Können Sie arbeiten, insbesondere heben?
3. Haben Sie wieder Drängen nach unten verspürt?
4. Kommt aus der Scheide wieder etwas heraus?
5. Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?
6. Haben Sie sonst irgendwelche Klagen?

Ich lasse nun jetzt die Liste der 28 Operierten folgen und bemerke dabei zugleich, daß ich mich bemüht habe, trotz der notwendigen Kürze sowohl eine möglichst ausführliche Anamnese als genauen Status vor der Operation und bei der Nachuntersuchung zu geben, um einen möglichst klaren Überblick zu schaffen.

Tabellarische Zusammenstellung der 28 operierten Fälle.

Nr.	Alter	Tag der Aufnahme	Anamnese	Status
1	35 J.	7. XI. 1904	Pauline H., Arbeiterfrau. Seit vier Jahren Gebärmuttervorfall, Bereits 1903 Ventrifixur mit Colporrhaphia anterior et posterior. Wasserlassen nur im Stehen möglich; sehr schmerzhaftes Brennen dabei.	Prolaps der vorderen und hinteren Vaginalwand. Uterus durch Ventrifixur antefixiert Hypertrophie der Portio. Alte Kolporrhaphienarben. Uterus 14 cm lang.
2	47 J.	12. VI. 1906	Rachel M., Schneidersfrau. Neun normale Partus. Letzte Periode Ende Mai. Seit vielen Jahren Senkung der Gebärmutter. Daher Tragen eines Ringes, der jedoch jetzt nicht mehr hält. Seit vier bis fünf Jahren starker Fluor.	Faustgroßer Prolaps. Auf der hinteren Muttermundslippe großes Dekubitalgeschwür. Uterus 15 cm.
3	52 J.	25. VI. 1906	Helene D., Schneidersfrau. Ein Partus, dabei Dammriß. Seit mehreren Jahren Senkung der Gebärmutter. Pessartherapie ohne Erfolg. Seit einem Jahr Totalprolaps. Menopause seit vier Jahren.	Mäßig großer Dammspalt. Kindfaustgroßer, aus Cervix und Blase bestehender Prolaps. Uteruskavum 9 cm.
4	48 J.	7. VII. 1906	Alma Sch., drei normale Partus, nach dem ersten Dammriß. Keine Naht. Bald darauf Senkung der Gebärmutter. Pessartherapie ohne Erfolg.	Alter, schlecht geheilter Dammspalt. Klaffen der Vulva. Kleine Rekto- und Cystocele. Portio ödematös und hypertrophiert. Uterus retroflektiert, beweglich.

Operation	Tag der Entlassung	Entlassungsbefuud	Nachuntersuchung	Zeit zwischen Operation und Nachuntersuchung
28. XI. Vaginale Totalexstirpation, die aber wegen der durch die Ventrifixur bedingten eigentümlichen Verhältnisse äußerst kompliziert wird.	17. XII. 1904	Scheide in Fingerlänge blind endigend. Peritonealnarbe noch als strangartige Resistenz zu fühlen. Bei Druck über der Symphyse etwas Schmerz. Subjektives Befinden gut.	9. X. 1908. Taubeneigroße Cystocele. Damm nicht geheilt. Scheide fingerlang. Narben gut geheilt. Patientin arbeitet wieder schwer und fühlt sich wohl.	47 Mon.
28. VI. Totalexstirpation, Einnähen der Tubenstümpfe in den queren Peritonealspalt, der besonders genäht wird. Vordere Kolporrhaphie. Hintere Kolporrhaphie nach Freund mit ausgiebiger Anfrischung.	18. VII. 1906	Scheide endet trichterförmig blind. Nirgends Resistenzen oder schmerzhafte Stellen.	**Brief:** Nußgroßes Rezidiv und zeitweise Schmerzen in der linken Seite. Allgemeinbefinden gut. Volle Arbeitsfähigkeit.	28 Mon.
6. VII. 06. Vaginale Totalexstirpation. Isolierte Vereinigung des Peritoneums, in dessen Seiten die Tubenstümpfe eingenäht werden. Darüber durch fortlaufende Naht Wundverschluß in T-Form, so daß vorn sagittal, im Scheidengewölbe quer vereinigt wird. Kolpoperineorrhaphie nach Freund.	28. VII. 1906	Scheiden- und Dammnaht gut geheilt; nirgends schmerzhafte Stellen.	12. XI. 1908. Scheide fingerlang. Damm und Scheidennarben gut geheilt. Keine Schmerzen. Völliges Wohlbefinden mit erhaltener Arbeitsfähigkeit.	28. Mon.
10. VII. 1906. Typische Totalexstirpation. Vordere und hintere Kolporrhaphie wie vorher.	2. VII. 1906	Glatte Heilung der Wunden. Patientin fühlt sich völlig wohl.	20. X. 1908. Scheide fingerlang. Hoher Damm. Keinerlei Rezidiv. Pat. fühlt sich wohl und voll arbeitsfähig.	27 Mon.

Nr.	Alter	Tag der Aufnahme	Anamnese	Status
5	49 J.	18. VII. 1906	Johanna B., Lokomotivführerfrau. Acht normale Partus, letzte vor acht Jahren. Vor einem Jahre Vorfall bemerkt. Ringtherapie wird wegen des auftretenden starken Ausflusses aufgegeben. Infolgedessen immer tieferes Herabsinken der Gebärmutter, an der sich ein Geschwür einstellt. Dabei besteht Ziehen im Leib. Stuhlgang mit starken Schmerzen verbunden. Urin muß häufig gelassen werden, dabei heftiges Brennen. Periode unregelm.	Uteruskörper kuglig, etwas retroflektiert, beweglich Beim Pressen erscheint ein zehnpfennigstückgroßes Dekubitalgeschwür in der Vulva, Walnußgroße Cystocele, etwas größere Rektocele. Der Hautdamm ist intakt.
6	56 J.	30. VII. 1906	Ernstine H., sechs normale Entbindungen. Seit 21 Jahren Senkung der Gebärmutter. In letzter Zeit dadurch erhebliche Schmerzen und große Beschwerden beim Wasserlassen. Seit neun Jahren Menopause.	Faustgroßer Prolaps, in den fast die ganze Blase hineingezogen ist. Am Muttermund ein abgeheiltes Dekubitalgeschwür. Uteruskavum 13 cm.
7	40 J.	16. VIII. 1906	Auguste W., Maurersfrau, hat sechs normale Partus durchgemacht, letzten vor vier Jahren. Seit zwei Jahren Prolaps mit den üblichen Beschwerden. Letzte Periode Ende Juli 1906.	Totalprolaps mit völliger Inversion der ganzen Scheide. Uterus groß, etwas weich, retroflektiert, beweglich.
8	61 J.	27. VIII. 1906	Pauline Sch., Fleischerswitwe, hat acht Entbindungen, davon drei Zangen, zwei Querlagen. Seit langer Zeit Prolaps mit starken Beschwerden. Menopause.	Uterus retroflektiert. Apfelgroßer Prolaps mit kleinem Dekubitalgeschwür.

Operation	Tag der Entlassung	Entlassungsbefund	Nachuntersuchung	Zeit zwischen Operation und Nachuntersuchung
25. VII. 1906. Typische Totalexstirpation. Scheidenwunde T-förmig vernäht mit Fassen der Tubenstümpfe. Perineokolporrhaphie nach Freund	14. VIII. 1906.	Scheide endet blind. Alles gut geheilt.	2. XI. 1908. Kein Rezidiv. Scheide fingerlang. Damm nicht ganz geheilt. Wohlbefinden. Arbeitsfähigkeit.	28 Mon.
6. VIII. 1906. Wie vorher. Hintere Kolporrhaphie nach Hegar, die jedoch durchstarke, narbige Defekte. bzw. Verwachsungen erschwert ist.	10. IX. 1906	Es besteht eine für eine mittlere Sonde durchgängige Rektovaginalfistel, aus der Patientin Winde abgehen. Scheidenwunde sonst gut geheilt. Nirgends Schmerzen im Leib.	26. X. 1908 Patientin fühlt sich wohl und arbeitsfähig, obwohl sie jetzt keine schwere Arbeit mehr zu verrichten hat. Keine Schmerzen im Unterleibe und beim Wasserlassen. Vagina fingerlang. An der hinteren Vaginalwand kleine Rektovaginalfistel mit wulstigem Rande, aus der hin und wieder Winde, aber nie Fäzes abgehen sollen. Kein Rezidiv.	26 Mon.
23. VIII. 1906. Vaginale Totalexstirpation wie oben.	13. IX. 1906	Introitus Vaginä eng. Wunden gut geheilt. Im Leib nirgends Schmerzen oder Resistenzen.	7. X. 1908. Scheide 8 cm lang. Alles gut geheilt. Beim Pressen kommt nichts mehr heraus. Allgemeinbefinden ausgezeichnet. Arbeitsfähigkeit erhalten.	26 Mon.
31. VII. 1906. Vaginale Totalexstirpation wie vorher.	25. X. 1906	Vagina 5—6 cm lang, blind endigend mit quer laufender Narbe. In der rechten Ecke ein 1 cm langer, für	**Oktober 1908, brieflicher Bescheid:** Patientin fühlt sich ganz gesund, kann alle Arbeit verrichten, hat weder Drän-	27 Mon.

Nr.	Alter	Tag der Aufnahme	Anamnese	Status
9	47 J.	17. IX. 1906	Anna K., Schuhmachersfrau, klagt seit dem letzten Partus vor zwölf Jahren über Gebärmuttersenkung, die jetzt so bedeutend ist, daß sie Patientin beim Laufen behindert. Letzte Regel vor acht Tagen.	Über mannsfaustgroßer Prolaps aus vorderer und hinterer Scheidenwand und Uterus bestehend. Uteruskavum 13 cm.
10	51 J.	1. XI. 1906	Emilie T., Schneidersfrau, hat drei Partus durchgemacht, 1886 eine Zangengeburt, dabei Dammriß. Vor acht Jahren Alexander-Adams. Bald darauf ist der Uterus wieder tiefer getreten, zeitweise auch hervorgekommen. Seit September 1906 tritt der Uterus weit heraus. Es bestehen nach unten drängende Schmerzen im Leibe, ferner ist das Wasserlassen sehr erschwert und mit starkem Brennen verbunden. Periode unregelmäßig.	Kleinfaustgroßer Totalprolaps. Markstückgroßes Dekubitalgeschwür auf der Portio, in ziemlich gereinigtem Zustande, Uterus retroflektiert, Uteruskavum 10 cm. Alter Dammspalt.
11	44 J.	30. X. 1906	Selma T., drei normale Partus, Vor neun Jahren bemerkte Patientin den Gebärmuttervorfall. Zuerst konservative Therapie, die aber illusorisch blieb. Unregelmäßige Menses.	Großer Totalprolaps. Alter Dammspalt.

Operation	Tag der Entlassung	Entlassungsbefund	Nachuntersuchung	Zeit zwischen Operation und Nachuntersuchung
		die Fingerkuppe zugänglicher Rezessus. Auf dieser Seite geringe Druckempfindlichkeit. Adnexe o. B.	gen nach unten, noch Beschwerden beim Wasserlassen. Spürt nichts aus der Scheide herauskommen.	
8. X. 1906. Typische vaginale Totalexstirpation. Hintere Kolporrhaphie nach Hegar.	15. XI. 1906 auf Wunsch	Scheide fingerlang blind endigend ohne Druckempfindlichkeit. In der linken oberen Ecke wölbt sich ein etwa kirschgroßer Wulst ins Lumen hinein, prall elastisch, nicht empfindlich. Adnexe o. B.	12. X. 1908. Patientin verrichtet sehr schwere Arbeit, wohnt auf einem Kirchturm 128 Stufen hoch. Völliges Wohlbefinden. Scheide 6 cm lang. Feste Narbe ohne Empfindlichkeit. Wasserlassen o. B. Kein Rezidiv.	24 Mon.
7. XI. 1906. Vaginale Totalexstirpation. Es bestehen infolge der früheren Operation alte Narben, die runden Mutterbänder sind sehr kurz und straff. Vereinigung der Vaginalwunde nur sagittal im Gegensatz zu früher. Kolpoperineorrhaphie nach Freund.	5. XII. 1906	Scheide endet nach oben in einen durch eine feste Naht verschlossenen Blindsack. Damm dick und fest.	**November 1908, Brief:** Patientin fühlt sich wohl, kann wieder arbeiten, hat keinerlei Beschwerden und fühlt auch nichts aus der Scheide heraustreten.	24 Mon.
7. XI. 1906. Typische vaginale Totalexstirpation. Hintere Kolporrhaphie nach Freund.	7. XII. 1906	Scheide nach oben durch eine feste Narbe abgeschlossen, nicht ganz fingerlang. Nirgends Druckempfindlichkeit. 1 cm oberhalb des Anus eine für eine Fingerkuppe zugängliche Granulationshöhle. Damm dick und fest.	17. X. 1908. Kann in der Häuslichkeit alles verrichten. Scheide 8 cm lang. Kein Rezidiv. Volles Wohlbefinden.	24 Mon.

Nr.	Alter	Tag der Aufnahme	Anamnese	Status
12	50 J.	22. X. 1906	Luise K., Stellenbesitzersfrau, hat einen Partus gehabt. Schon vor der Entbindung Tiefstand der Gebärmutter. Beim Aufstehen nach dem vierzehntägigen Wochenbett fiel der Uterus so weit vor, daß er aus der Scheide heraushing. Besonders bei der Arbeit wurde dieser Zustand ganz unleidlich. Infolgedessen Pessartherapie, die aber schließlich unwirksam blieb. Seit 1905 Menopause.	Apfelgroßer Totalprolaps mit intakter Portio. Uteruskavum 13 cm. Damm erhalten.
13	50 J.	23. X. 1906	Auguste A., Arbeiterfrau. Nach der ersten Geburt vor 28 Jahren Herabsinken der Gebärmutter. Vor 12 Jahren bekam Patientin dadurch Beschwerden und trug darauf einen Ring. Dieser fiel schließlich heraus, und von da ab wurde jede weitere Pessartherapie illusorisch. Patientin hat einen brennenden Schmerz an den vorgefallenen Teilen. Entleeren der Blase nur nach jedesmaligem Zurückschieben des Prolapses mit dem Finger möglich und mit heftigen Schmerzen verbunden. Seit drei Jahren Menopause.	Faustgroßer Totalprolaps mit hauptsächlicher Beteiligung der hinteren Scheidenwand. Markstückgroßes Dekubitalgeschwür. Uterus retroflektiert, sinistroponiert, beweglich. Uteruskavum 14 cm.
14	50 J.	7. I. 1907	Emilie B., Schneidersfrau, hat vier normale Partus durchgemacht. Seit 27 Jahren Tiefertreten der Geschlechtsteile. In letzter Zeit hat sich Patientin wund gelaufen. Wasserlassen mit Schmerzen verbunden; häufiger Urindrang. Seit zwei Jahren Menopause.	Totalprolaps mit großer Cystocele. Pfennigstückgroßes, gereinigtes Dekubitalgeschwür. Uterus retroflektiert. Uteruskavum 11 cm.

Operation	Tag der Entlassung	Entlassungsbefund	Nachuntersuchung	Zeit zwischen Operation und Nachuntersuchung
8. XI. 1906. Typische vaginale Totalexstirpation. Hintere Kolporrhaphie nach Lawson-Tait.	5. XII. 1906	Scheide endet in einen nach oben durch eine feste Narbe abgeschlossenen Blindsack. Nirgends Resistenz oder Druckempfindlichkeit.	21. X. 1908. Patientin verrichtet ihre häusliche Arbeit und fühlt sich wohl. Ganz enge Vagina. Hoher Damm. Alles gut geheilt. Kein Rezidiv.	23 Mon.
8. XI. 1906. Vaginale Totalexstirpation wie oben. Hintere Kolporrhaphie nach Lawson-Tait.	7. XII. 1906	Scheide endet in einen durch feste Narben verschlossenen Blindsack. Damm hoch und dick.	**November 1908, Brief:** Patientin fühlt sich gesund und arbeitsfähig. Aus der Scheide kommt nichts heraus.	24 Mon.
17. I. 1907. Wie oben.	7. II. 1907	Scheide endet in einen fingerlangen Blindsack, der durch eine feste, unempfindliche Narbe geschlossen ist.	20. X. 1908. Patientin kann häusliche Arbeit in vollem Umfange verrichten ohne jegliche Beschwerden. Wasserlassen ohne Schmerzen. Wallnußgroße Cystocele, die sich beim Pressen vergrößert. Vagina zeigefingerlang. Keine Druckschmerzhaftigkeit oder Resistenz. Hintere Vaginalwand und Damm fest.	21 Mon.

Nr.	Alter	Tag der Aufnahme	Anamnese	Status
15	62 J.	21. I. 1907	Karoline W., Maurerswitwe, hat zweimal entbunden. Seit November 1906 bemerkt Patientin, daß die Gebärmutter zunächst beim Husten tiefertritt und dann bald dauernd herausgetreten ist. Seit dem 45. Jahre Menopause.	Totalprolaps des Uterus. Kein Dekubitalgeschwür. Uteruskavum 12 cm.
16	71 J.	4. II. 1907	Pauline Z., Metalldreherfrau. Eine normale Entbindung. Vor vier Jahren bemerkte Patientin zum ersten Male, daß beim Husten die Geschlechtsteile hervortraten. Seit vier Wochen soll die Gebärmutter dauernd heraushängen. Brennen beim Wasserlassen und Schmerzen im Leib. Seit 1876 Menopause.	Totalprolaps mit markstückgroßem Dekubitalgeschwür. Uteruskavum 14 cm.
17	40 J.	11. II. 1907	Ida Th., Arbeiterfrau. Drei Partus, davon eine Zangengeburt i. J. 1901. Seitdem besteht Vorfall, da der erfolgte Dammriß nicht heilte. Pessar wurde nie getragen. Wasserlassen wegen des Vorfalls stark behindert. Letzte Regel vor 14 Tagen.	Großer Totalprolaps, große Cystocele, kleines Dekubitalgeschwür. Uterus retroflektiert, beweglich. Uteruskavum 15 cm.
18	36 J.	11. V. 1907	Sophie D., Buchhalterfrau. Drei Entbindungen: erste Forceps, zweite normal, 3. Wendung und Extraktion. Vor vier Jahren in Königsberg Alexander Adams wegen Gebärmuttervorfall. Nach dem letzten Partus vor drei Jahren senkte sich der Uterus wieder und hängt jetzt	Kleinfaustgroßer Totalprolaps. Mäßige Cystocele, erheblich größere Rektocele. Portio und unterer Cervixabschnitt liegen im Prolaps. Uterus retroflektiert. Uteruskavum 12 cm.

Operation	Tag der Entlassung	Entlassungsbefund	Nachuntersuchung	Zeit zwischen Operation und Nachuntersuchung
5. II. 1907. Typische vaginale Totalexstirpation.	2. III. 1907	Scheide endet, über fingerlang, in einen festen, glattwandigen Blindsack. Nirgends Resistenzen, keine Druckempfindlichkeit.	**November 1908, Brief:** Patientin kann zur Nachuntersuchung nicht kommen, weil sie an „Reißen" leidet. Deshalb ist sie auch nicht arbeitsfähig. Im übrigen beantwortet sie unser Schema im Sinne eines vollständigen Erfolges.	21 Mon.
15. I. 1907. Wie oben. Hintere Kolporrhaphie nach Freund.	12. III. 1907	Abdomen nicht empfindlich. Vagina endet oben in eine feste Narbe. Am Ende derselben gelangt man in einen hohlen Gang.	Vom Hausarzt untersucht. Mitteilung des Ergebnisses November 1908. Es besteht völlige Heilung; kein Rezidiv. Patientin fühlt sich wohl und kann arbeiten.	21 Mon.
22. II. 1907. Vaginale Totalexstirpation. Hintere Kolporrhaphienach Freund.	16. III. 1907	Der oberste Abschnitt des Restes der vorderen Vaginalwand ist nicht von Scheidenwandung, die zwei Finger breit auseinandergewichen ist, sondern von Granulationsgewebe gebildet. Der Blindsack selbst sehr hoch, Ende kaum mit dem Finger zu erreichen.	15. X. 1908. Fingerlange, nicht druckempfindliche Vagina, ohne Senkung von Teilen. Schmerzen in der linken Seite, die schon vor der Operation vorhanden waren, bestehen fort. Volle Arbeitsfähigkeit.	20 Mon.
15. V. 1907. Totalexstirpation in der üblichen Weise mit Kolpoperineorrhaphie.	6. VI. 1907	Befinden zufriedenstellend. Keine Schmerzen.	**November 1908, Brief:** Patientin ist mit dem Erfolge der Operation zufrieden, merkt nichts aus der Vulva hervortreten und fühlt sich wohl und arbeitsfähig.	20 Mon.

Nr.	Alter	Tag der Aufnahme	Anamnese	Status
			völlig heraus. Starker Fluor. Heftiges Brennen beim Wasserlassen.	
19	50 J.	4. VI. 1907	Therese W., Webersfrau. Ein normaler Partus. Seit mehreren Jahren Kreuzschmerzen und Krampf im Leib. In den letzten Jahren sind die Beschwerden schlimmer geworden, und es tritt die Gebärmutter heraus. Seit vier Wochen ist sie ständig draußen. Beim Wasserlassen heftiges Brennen. Letzte Regel sehr gering im Mai.	Faustgroßer Totalprolaps. Große Rektocele. Uteruskavum 7 cm.
20	50 J.	11. VII. 1907	Marianne K., Dienstmagd. Eine Entbindung mit Forceps. Seit Anfang 1907 bemerkt Patientin, daß bei schwerer Arbeit die Gebärmutter aus der Scheide heraustritt. Wasserlassen mit Brennen und Schmerzen verbunden. Letzte Regel vor vier Wochen.	Großer, alter Dammspalt. Sehr große Rektocele, etwas kleinere Cystocele. Ueber faustgroßer Totalprolaps. Uterus retrovertiert. Uteruskavum 12 cm.
21	45 J.	15. VII. 1907	Bertha L., Waschfrau. Drei Partus, davon einer mit Forceps. Patientin bemerkt seit einem halben Jahre, daß die Gebärmutter hervortritt. Schmerzen bei der Arbeit. Häufiger Urindrang, Wasserlassen mit Brennen verbunden. Letzte Regel am 6. Juli 1907.	Ueber faustgroßer Totalprolaps mit großem Dekubitalgeschwür an der Portio. Große Rektocele. Uterus retroflektiert. Uteruskavum 14 cm.
22	50 J.	12. VIII. 1907	Sophie G., Grubenaufseherswitwe. Eine Spontangeburt. Seit dem Partus bemerkt Patientin, daß etwas aus der Scheide heraustritt, zunächst wenig, später immer mehr. Bei schwerer Arbeit hängt die ganze Gebärmutter heraus, was sehr störend empfunden wird. Wasserlassen mit Schmerzen verbunden. Seit drei Jahren Menopause.	Ueber faustgroßer Totalprolaps mit großer Cystocele. Cervix langgestreckt. Uterusretroflektiert. Uteruskavum 14 cm.

Operation	Tag der Entlassung	Entlassungsbefund	Nachuntersuchung	Zeit zwischen Operation und Nachuntersuchung
15. VI. 1907. Vaginale Totalexstirpation wie oben. Ausgedehnte hintere Kolporrhaphie nach Freund.	6. VII. 1907	Befund vollständig zufriedenstellend; keine Schmerzen.	16. X. 1908. Vagina fingerlang, unempfindlich. Beim Pressen bleiben die günstig geschaffenen Verhältnisse bestehen. Patientin ist beschwerdefrei, fühlt sich wohl und voll arbeitsfähig.	16 Mon.
24. VII. 1907. Typische vaginale Totalexstirpation. Hintere Kolporrhaphie nach Freund.	19. VIII. 1907	Patientin ist aus äußeren Gründen über die gewohnte Zeit hinaus in der Klinik geblieben. Mäßige Rektocele. Scheide nach oben durch glatte Narben verschlossen. Befinden gut; keine Schmerzen.	**November 1908, Brief:** Patientin fühlt sich nicht wohl, kann nicht arbeiten, hat wieder Beschwerden beim Wasserlassen und fühlt wieder etwas aus der Vulva heraustreten.	16 Mon.
27. VII. 1907. Vaginale Totalexstirpation wie oben. Hintere Kolporrhaphie nach ausgiebiger Anfrischung und Zurücknähen der Rektocele im Typus Hegar.	25. VII. 1907	Scheidengewölbe durch glatte Narben geschlossen. Nirgends auffallende Druckempfindlichkeit.	30. X. 1908. Scheideneingang eng; Scheide fingerlang. Keine Senkung, trotzdem der Damm nicht ganz geheilt ist. Wohlbefinden; Arbeitsfähigkeit.	15 Mon.
22. VIII. 1907. Auch nach Liegebehandlung noch kindskopfgroßer Totalprolaps. Totalexstirpation in typischer Weise verbunden mit hinterer Kolporrhaphie nach Hegar.	11. IX. 1907	Befund befriedigend. Keinerlei Schmerzen.	30. X. 1908. Drei Monate nach der Operation fühlte sich Patientin bereits wieder schlechter. Häufiger Drang zum Urinieren, das mit Brennen verbunden ist. Sehr weiter Introitus Vaginae. Mannsfaustgroße Cystocele, die beim	14 Mon.

Nr.	Alter	Tag der Aufnahme	Anamnese	Status
23	43 J.	21. VIII. 1907	Ernstine L., Bäckerfrau, hat vier normale Partus durchgemacht. Seit acht Jahren Vorfall der Gebärmutter. Zuerst Pessarbehandlung. Als diese nicht mehr hilft und die Beschwerden zunehmen, Entschluß zur Operation. Wasserlassen zeitweise erschwert. Letzte Regel vor vier Tagen.	Großer Totalprolaps mit Dekubitalgeschwür an der Portio. Uteruskavum 13 cm.

Operation	Tag der Entlassung	Entlassungsbefund	Nachuntersuchung	Zeit zwischen Operation und Nachuntersuchung
			Pressen 2—3 cm vor die Vulva tritt. Damm ist gut geheilt. Keinerlei Resistenz. Arbeitsfähigkeit beschränkt.	
13. IX. 1907. Vaginale Totalexstirpation, die aber kompliziert wird, weil viele Adhäsionen bestehen und auch die Adnexe adhärent sind, so daß nur schrittweise die Ligamentapparate abgebunden werden können. So kommt es, daß die Tubenstümpfe schließlich nur sehr kurz werden, so daß eine Vorziehung bis außerhalb der Scheidenschleimhaut nicht möglich ist. Es wird jedoch bis zu einem gewissen Grade eine Auswärtslagerung der Stümpfe erzielt dadurch, daß jederseits der Faden, welcher den Stumpf verlagert, an das Ende je einer fortlaufenden Katgutnaht geknüpft wird und so ein kleines Dränageloch nach außen stehen bleibt. Hintere Kolporrhaphie nach Hegar.	1. X. 1907	Vagina endet blind. In der Tiefe sind die Tubenstümpfe als leicht vorspringende Masse zu tasten. Im Abdomen rechts eine geringe, nur wenig schmerzhafte Resistenz.	26. X. 1908. Scheide fingerlang, blind endigend ohne schmerzhafte Resistenz. Kein Rezidiv. Damm hoch. Patientin fühlt sich beschwerdefrei und kann alles arbeiten.	13 Mon.

Nr.	Alter	Tag der Aufnahme	Anamnese	Status
24	43 J.	2. IX. 1907	Christine Sch., Tuchmacherfrau. Eine Entbindung mit ungenähtem Dammriß. Kurze Zeit nach der Geburt wird die Gebärmuttersenkung bemerkt. Zwei Jahre hindurch Pessartherapie. Seit einem halben Jahre hält der Ring nicht mehr. Schmerzen im Unterleibe und starkes Brennen beim Wasserlassen. Mäßig starker Fluor. Letzte Regel vor 14 Tagen.	Kleinfaustgroßer Totalprolaps. Uterus groß, dick, in Mittelstellung. Uteruskavum 12 cm.
25	41 J.	11. IX. 1907	Anna Sch., Zimmermannsfrau, hat fünf normale Partus; beim ersten Dammriß. Vor neun Jahren bemerkte Patientin, daß beim Pressen und schweren Arbeiten die Geschlechtsteile etwas heraustraten. Im Laufe der Jahre Verschlimmerung. Seit zwei Monaten ist die Gebärmutter vollständig vorgefallen und läßt sich nicht mehr zurückschieben. Häufiger Harndrang, Urinieren mit Schmerzen verbunden. Letzte Regel vor acht Tagen.	Kleinkindskopfgroßer Totalprolaps mit handtellergroßem Dekubitalgeschwür. Große Cysto- und Rektocele. Prolaps irreponibel. Uteruskavum 15 cm.
26	53 J.	5. XI. 1907	Pauline L., Tischlersfrau. Eine Entbindung mit Dammriß, der nicht genäht wurde, i. J. 1899. Vier bis fünf Jahre später Druck im Unterleib. Vor drei Jahren bemerkt Patientin zum ersten Male den Vorfall der Genitalien. In den letzten Jahren heftige Gebärmutterentzündung und zugleich verstärkter Vorfall. Menopause seit einem Jahr.	Hühnereigroßer Prolaps mit vollständiger Inversio der vorderen und teilweisen der hinteren Vaginalwand. Uterus retroflektiert, beweglich. Uteruskavum 10 cm.

Operation	Tag der Entlassung	Entlassungsbefund	Untersuchung	Zeit zwischen Operation und Nachuntersuchung
13. IX. 1907. Typische vaginale Totalexstirpation. Hintere Kolporrhaphie nach Freund.	13. IX. 1907	Hoher dicker, gut geheilter Damm. Scheide zirka 6 cm lang, endet in einen durch glatte Narbe fest verschlossenen Blindsack. Abdomen weich. Nirgends Resistenzen und Druckempfindlichkeit.	**November 1908, Brief:** Patientin fühlt sich nicht wohl, hat wieder Schmerzen im Leibe und beim Wasserlassen und merkt außerdem, daß wieder etwas zur Scheide herauskommt. Mäßig starker Fluor. Stark herabgesetzte Arbeitsfähigkeit.	14 Mon.
1. X. 1907. Vaginale Totalexstirpation in typischer Weise. Hintere Kolporrhaphie nach Hegar.	20. X. 1907	Blind endende Scheide. Im Abdomen keine Resistenzen und Schmerzen. Kolporrhaphie im oberen Teil nicht geheilt. Daselbst befindet sich eine ziemlich tiefe Tasche, die Eiter absondert.	31. X. 1908. Introitus mittelweit. Scheide fingerlang ohne Schmerzhaftigkeit. Kein Rezidiv. Wohlbefinden und volle Arbeitsfähigkeit.	12 Mon.
13. XI. 1907. Es wird die Operation begonnen in der Absicht, vaginal zu fixieren. Nach Zurückschieben der Cystocele und Eröffnung des Peritoniums zeigt sich, daß der Uterus einige kleine Myome enthält. Daher Totalexstirpation. Hintere Kolporrhaphie nach Hegar.	30. XI. 1907	Hoher, dicker Damm. Scheide rechts geschlossen, links eine für einen Finger zugängliche Öffnung, aus der viel Sekret fließt. Ordin.: Scheidenspülungen.	**November 1908, Brief:** Patientin hat kein Drängen nach unten, fühlt nichts aus der Scheide heraustreten und merkt auch keine Beschwerden beim Wasserlassen. Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit.	12 Mon.

Nr.	Alter	Tag der Aufnahme	Anamnese	Status
27	43 J.	18. XI. 1907	Karoline Sp., Schuhmachersfrau. Vor fünf Jahren eine Entbindung mit Dammriß, der genäht wurde; darauf sechs Wochen fieberhaftes Wochenbett. Später Vorfall der Gebärmutter. Ringtherapie ohne Erfolg. Seit einem Jahre Totalprolaps, der nicht mehr reponibel ist. Übliche Klagen und Beschwerden. Letzte Periode vor 14 Tagen.	Faustgroßer Totalprolaps mit vollständiger Inversio der vorderen und hinteren Vaginalwand. Etwa markstückgroßes Dekubitalgeschwür an der vorderen Muttermundslippe. Uterus retroflektiert beweglich. Uteruskavum 12 cm.
28	48 J.	13. I. 1908	Auguste Sch., Arbeiterfrau. Acht Partus, seit dem letzten Senkung der Gebärmutter. In den letzten drei Jahren Pessartherapie, aber ohne Erfolg. Letzte Periode Anfang Januar.	Kleinfaustgroßer Totalprolaps mit vollständiger Inversio der vorderen und hinteren Vaginalwand. Uterus retroflektiert, beweglich. An der vorderen und hinteren Vaginalwand je ein zehnpfennigstückgroßes Dekubitalgeschwür.

Wie aus den vorstehend angegebenen Daten zu ersehen ist, wurde die vaginale Totalexstirpation hauptsächlich bei sehr hochgradigem Prolaps mit teilweiser Inversion der Scheide ausgeführt, und zwar waren bei 13 Frauen bereits andere therapeutische Maßnahmen vorausgegangen, ohne den erwarteten Erfolg zu gewährleisten. Während nämlich bei zehn Frauen (Fall 2, 3, 4, 5, 11, 12, 13, 23, 24, 27) eine Pessarbehandlung als nutzlos aufgegeben werden mußte, hatten sich drei Frauen wegen ihres Leidens bereits einer Operation unterzogen, und zwar war bei Fall 1 eine Ventrifixur, bei Fall 10 und 18 die Alexander-Adamssche Operation vorausgegangen. Schließlich wurde bei einer Patientin (Fall 26) der vorgefallene Uterus wegen Komplikation mit Myomen vaginal exstirpiert.

Was nun die Dauerheilungen anbetrifft, so ist zunächst zur Feststellung derselben ein längerer zwischen Operation

Operation	Tag der Entlassung	Entlassungsbefund	Nachuntersuchung	Zeit zwischen Operation und Nachuntersuchung
7. XII. 1907. Typische vaginale Totalexstirpation. Hintere Kolporrhaphie nach Freund.	9. I. 1908	Der untere Teil des Dammes gut geheilt, so daß ein zirka 4—5 cm hoher Damm besteht. Vagina blind endend, durch feste Narben geschlossen, etwa 10 cm lang. Keine Resistenz oder Druckschmerzhaftigkeit.	3. XI. 1908. Patientin geht es gut. Alles gut geheilt. Trotzdem Rezidiv; über hühnereigroße Cystocele. Beschwerden sind nicht vorhanden. Arbeitsfähigkeit erhalten.	11 Mon.
22. I. 1908. Typische vaginale Totalexstirpation. Hintere Kolporrhaphie nach Freund.	29. I. 1908	Patientin wird wegen einer eitrigen Kniegelenksentzündung nach der chirurgischen Klinik verlegt. Im übrigen Wunde gut geheilt.	13. X. 1908. Scheide fingerlang. Kleine Rektocele. Sonst beschwerdefrei. Patientin würde arbeiten können, wenn nicht eine chronische Knie- und Hüftgelenksentzündung bestände.	9 Mon.

und Nachuntersuchung liegender Zeitabschnitt erforderlich. Während Mackenrodt eine Kontrollzeit von drei Monaten für genügend erachtet, verlangt Dührssen eine solche von wenigstens neun Monaten. Diesem letzteren Mindestmaß entspricht die Beobachtungszeit des zuletzt angeführten Falles Nr. 28, während die längste Frist zwischen Operation und Nachuntersuchung 47 Monate, also fast vier Jahre, beträgt. Die Hälfte der Fälle kam zwei Jahre nach ausgeführter Operation zur Nachuntersuchung. Im Durchschnitt betrug die Kontrollzeit bei unseren Patientinnen 21 Monate, das sind $1^3/_4$ Jahre.

Wie schon vorher erwähnt wurde, sind 19 Frauen ärztlich nachuntersucht worden; die übrigen neun haben den Bescheid über ihren augenblicklichen Zustand uns brieflich zugesandt. Es liegt kein Grund vor, diese schriftlichen Berichte in ihrem Werte zur Beurteilung der Dauerheilungen gering zu achten.

Denn der so häufig gemachte Einwand, daß solche Berichte zumeist besser ausfallen, als wenn die Resultate durch objektive fachmännische Untersuchung festgestellt würden, wodurch eine Verschiebung der Statistik zugunsten einer Heilung erzielt würde, hat wenigstens für die vorliegenden Fälle keine Geltung. Lauten doch gerade die schriftlichen Nachrichten unserer Kranken weniger günstig, so daß bei ihrer Einrechnung das Resultat der Dauererfolge, wie wir bald sehen werden, um 2,3 % schlechter wird.

Von den 28 operierten Frauen waren 20 rezidivfrei geblieben, das sind 71,4 %. Rechnet man nur die Resultate der 19 ärztlich untersuchten Patientinnen, so waren 14 ohne Rezidiv oder 73,7 %. Als Ursache für das Auftreten der Rezidive kommen sowohl schlechte Dammheilung mit konsekutivem Klaffen der Vulva, als übergroße Schlaffheit der Weichteile infolge senilen Muskel- und Fettschwundes im Genitalgebiet in Betracht. Andererseits freilich finden wir in zwei unserer Fälle (Nr. 5 und 21) mangelhafte Heilung des Dammes ohne Senkung von Scheidengewebe.

Was endlich die völlige Arbeitsfähigkeit anlangt, so ist dieselbe bei 25 von den 28 operierten Frauen zur Zeit der Nachuntersuchung und Nachfrage festgestellt worden, das sind 89,3 %. Werden jedoch wieder nur die 19 ärztlich untersuchten Fälle in Anrechnung gebracht, so hatten 18 volle Arbeitsfähigkeit zu verzeichnen oder 94,7 %, mithin eine Steigerung von 5,4 %.

Ein Vergleich mit den Dauererfolgen bei vaginaler Totalexstirpation wegen Uterusprolaps aus anderen Kliniken gibt ähnliche Zahlenverhältnisse. So berechnet Stelzner aus Bumms Klinik die Dauerheilung auf 74,4 % und die wiedererlangte völlige Arbeitsfähigkeit auf 93 %, wobei ich noch erwähnen möchte, daß daselbst die längste Frist zwischen Operation und Nachuntersuchung $3^1/_3$ Jahre, die kürzeste dagegen nur 4 Monate beträgt. Jakoby gibt in seiner Arbeit über „Prolapsoperationen und deren Dauerresultate“ (Dr. Asch) bei Totalexstirpation 88,89 % Heilung an, während auch die Patientinnen mit Rezidiv volle Arbeitsfähigkeit besitzen. In neuester Zeit hat Thomsen aus

Krönigs Klinik die Dauerresultate nach den verschiedensten Prolapsoperationen zusammengestellt und berechnet die Dauerheilung nach Totalexstirpation auf 100 %. Das erscheint mir nicht ganz zutreffend. Es stehen ihm im ganzen vier Fälle von vaginaler Totalexstirpation zur Verfügung, von denen der eine sechs Monate, der zweite und dritte je fünf Monate nach der Operation nachuntersucht wurde, wogegen die vierte Patientin elf Monate nach dem operativen Eingriff schriftlich über ihre Dauerheilung berichtet. Es war mithin die Kontrollzeit, insbesondere für die drei ärztlich nachuntersuchten Fälle, recht kurz und betrug für alle vier im Durchschnitt 6,7 Monate. Nun bezeichnet Thomsen in seiner Zusammenfassung das Resultat des einen untersuchten Falles als Mittelbefund, rechnet ihn aber zu den rezidivfreien. Wie aus der speziellen Liste hervorgeht, hatte die Nachuntersuchung bei diesem „Mittelbefund" folgendes Ergebnis: „Fester, glatter Damm. Vordere Vaginalwand wölbt sich beim Pressen stark vor." Es ist dies unzweifelhaft kein objektiv befriedigendes Ergebnis, sondern ein Rezidiv, was auch der Bericht über die zwei Monate vorher zufällig bereits schon einmal vorgenommene Untersuchung erkennen läßt, in dem es heißt: „Vordere Vaginalwand tritt tiefer; Cystocele." Derartige Befunde wurden in vorliegender Arbeit zu den Rezidiven gerechnet, und ich gehe wohl nicht fehl, wenn ich diesen Fall Thomsens nicht als Dauerheilung bezeichne, ganz abgesehen von der kurzen Kontrollzeit von fünf Monaten. Es wären demnach von den erwähnten vier Totalexstirpationen drei Dauerheilungen, mithin 75 %. Über die Arbeitsfähigkeit seiner Operierten macht Thomsen leider überhaupt keine Angaben.

Die Statistiken anderer Operationsmethoden zur kritischen Beleuchtung der Ergebnisse nach Totalexstirpationen heranzuziehen, stößt auf recht erhebliche Schwierigkeiten. Denn wenn auch Berichte der verschiedensten Operateure über die verschiedensten Operationen in großer Zahl zur Verfügung stehen, so sind sie leider nicht in der Lage, ohne weiteres ein klares Bild zu verschaffen, da es durchaus an Einheitlichkeit der Bezeichnung des Grades der Leiden mangelt. Häufig ist nur von Vorfall oder Vorfallsoperationen die Rede oder sind

Retroversio-Flexionen überhaupt nicht von den Vorfällen getrennt. Der Grad endlich, die Art und Größe des Vorfalls ist zumeist nicht genauer differenziert, vielmehr wird für alle Formen der Sammelname Prolaps gebraucht. „Diese bedenklichen Mängel", sagt Küstner. „haften sehr vielen von den Berichten an, und aus diesem Grunde sind die Zahlen, welche prozentuarische Werte über die Dauerheilungen angeben, nicht ohne weiteres miteinander zu vergleichen." Daher will ich mich darauf beschränken, zum Vergleich einen aus der Küstnerschen Klinik hervorgegangenen statistischen Bericht über die Resultate der am meisten daselbst gemachten Operation bei Uterusprolaps, der Ventrifixur, heranzuziehen, indem damit zugleich einer Forderung Fehlings entsprochen wird, die er dahin formuliert: „Von einem gewissen Wert sind nur Statistiken aus einer und derselben Klinik und noch besser von einem Operateur." Christiani nämlich gibt an der Hand eines umfangreichen Materials, das er persönlich einer eingehenden Nachuntersuchung unterzogen hat, bei Ventrifixur mit Scheidenplastik die Dauerheilung auf 80 %, die Arbeitsfähigkeit auf 87 % an. Danach würde das Dauerresultat dieser Operation besser sein als das der Totalexstirpation, während nach letzterer die Arbeitsfähigkeit eine größere ist. Vielleicht ist die Erklärung hierfür in den häufig bestehen bleibenden, schweren, chronischen Uteruskatarrhen zu suchen, die bei den die Gebärmutter erhaltenden Operationsmethoden zu weiteren Klagen und Beschwerden wieder Veranlassung geben. Zu entscheiden, ob der vaginalen Totalexstirpation bei schwerem Uterusprolaps eine dominierende Stellung unter den Prolapsoperationen einzuräumen ist, soll nicht der Zweck dieser Arbeit sein. Es dürfte vielmehr wohl genügen, festgestellt zu haben, daß sie bei sorgfältiger Auswahl der geeigneten Fälle als ein brauchbares Glied der langen Kette von Heilungsmethoden angereiht zu werden verdient, die unsere Wissenschaft zur Abwehr eines besonders für die arbeitenden Frauen so schwerwiegenden Leidens gezeitigt hat.

Literaturverzeichnis.

Andersch, H., Dauererfolge der operativen Retroflexio- und Prolapsbehandlung. Archiv für Gynäkologie, Bd. 65.

Asch, Exstirpation des Uterus mit Resektion der Scheide wegen Vorfall. Archiv für Gynäkologie, Bd. 35.

Baatz, P., Dauerresultate der Prolaps- und Retroflexionsoperationen. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1904, XIX.

Baumm, P., Die operative Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles. Archiv für Gyn., Bd. 65.

Bumm, E., Grundsätze für die Behandlung der Lageabweichungen des Uterus. Medizinische Klinik, 1905, Nr. 46.

Christiani, A., Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Gebärmuttervorfalles. Zeitschrift für Gyn. u. Geburtsh., Bd. 44.

Cohn, F., Zur Einschränkung der Pessartherapie. Münch. med. Woch., 1908, Nr. 35.

Cohn, M., Über Dauerresultate der antefixierenden Operationen. Zeitschrift für Gyn. u. Geburtsh., Bd. 43.

Dührssen, Über operative Heilung von Prolapsen der Vagina und des Uterus. Gynäkol. Rundschau, 1907, Nr. 2.

Freund, H., Eine inguinale Prolapsoperation. Zentralbl. für Gyn., 1908, Nr. 38.

Fritsch, H., Prolapsoperationen. Zentralbl. f. Gyn., 1900, Nr. 2.

Fuchs, Zur Behandlung von Totalprolaps des Uterus durch Totalexstirpation. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn., Bd. VII.

v. Herff, Über Dauerresultate bei Prolapsoperationen. Beiträge z. Geb. u. Gyn., Bd. III.

v. Holst, M., Ein neues Verfahren zur operativen Beseitigung von Totalprolapsen. Zentralbl. f. Gyn., 1905, Nr. 51.

Jakoby, M., Über Prolapsoperationen und deren Dauerresultate. Archiv f. Gyn., Bd. 70.

Küstner, O., Die Prinzipien der Prolapsbehandlung. Deutsche med. Woch., 1894.

Derselbe, Referat über operative Behandlung des Gebärmuttervorfalles. Verhandlungen Würzburg 1903.

Derselbe, Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie. Jena 1908.

Landau, Ein neues Operationsverfahren zur Heilung des Totalprolapses bei klimakterischen Frauen. Zentralbl. f. Gyn., 1904, Nr. 43.

Martin, A., Operative Behandlung des Genitalvorfalles. Verhandlungen Würzburg 1903.

Pfannenstiel, J., Zur Diskussion über Behandlungen der Falschlagen von Uterus und Scheide. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn., Bd. XVIII.

Rieck, A., Eine neue Methode der Prolapsoperationen. Zentralbl. f. Gyn., 1903, Nr. 13.

Runge, E., Über den Prolaps des Uterus und der Vagina und seine Behandlung. Berl. Klin. Woch., 1905, Nr. 32.

Schauta, Lehrbuch der gesamten Gynäkologie. Wien 1907.

Schütze, A., Zur Frage des Peritonealverschlusses nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus nebst Bericht über 56 ausgeführte Operationen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXI.

Stelzner, Resultate und Dauererfolge bei 80 Fällen von vaginaler Totalexstirpation bei Prolaps. Inaug.-Dissert. Halle 1902.

Theilhaber, A., Zur Ätiologie und Therapie des Genitalprolapses. Monatsschrift für Geb. u. Gyn., Bd. XI.

Thomsen, F., Über Dauerresultate nach Prolapsoperationen. Inaug.-Diss. Jena 1908.

Veit, J., Handbuch der Gynäkologie. Bd. I. 1907.

Lebenslauf.

Im Jahre 1881, am 23. August, wurde ich, Edmund Klose, geboren als Sohn des Fürstbistums-Hauptkassenrendanten Maximilian Klose und seiner Ehefrau Apollonia, geb. Witteck. Ich bin katholischer Konfession und preußischer Staatsangehöriger. Zuerst besuchte ich in Breslau die Domschule, dann das Matthias-Gymnasium und erlangte Ostern 1903 auf dem Gymnasium zu Guben das Zeugnis der Reife. Darauf bezog ich, um Medizin zu studieren, die Universität Breslau, bestand daselbst nach fünf Semestern im November 1905 die ärztliche Vorprüfung und beendete nach weiteren fünf Semestern am 30. Juni 1908 das ärztliche Staatsexamen. Seit dem 1. Juli 1908 bin ich, zwecks Ableistung des praktischen Jahres, als Medizinalpraktikant am Krankenhause der Elisabethinerinnen tätig.

Meine dankbare Erinnerung, die ich meinen akademischen Lehrern stets bewahren werde, knüpft sich an folgende Namen:

Bonhoeffer, Brefeld, Czerny, Dienst, Filehne, Flügge, Garrè, Groenouw, Hannes, Hasse, Hinsberg, Hürthle, P. Krause, Kükenthal, Küstner, Küttner, Ladenburg, Lesser, O. E. Meyer †, Peter, Ponfick, Röhmann, Schaper †, Stern, v. Strümpell, Thilenius, Uhthoff, Zieler.